5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° 304

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Juillet 1901, à 1 heure

Par Gabriel FEURTET

Né au Creusot (Saône-et-Loire), le 17 juillet 1872.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES DU VAGIN

LEUR PATHOGÉNIE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. BROCA (Aug.), professeur.
REGLUS et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER
15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Juillet 1901, à 1 heure

Par Gabriel FEURTET

Né au Creusot (Saône-et-Loire), le 17 juillet 1872.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES DU VAGIN

LEUR PATHOGÉNIE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. BROCA (Aug.), professeur.
RECLUS et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER
15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LEDENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIS.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HEIM.	RÉMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MERE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER,

Chirurgien de l'hôpital la Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A M. LE Dr LÉON DEFONTAINE

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Les kystes du vagin, sans être très rares, se trouvent cependant en assez petit nombre pour que les chirurgiens qui les ont rencontrés se soient presque toujours préoccupés d'en publier les observations, sinon de les noter.

Nous avons eu à la fin de nos études l'occasion d'en observer deux cas à l'hôpital de la Pitié, l'un siégeant à la partie postérieure, l'autre à la partie antérieure du vagin ; notre attention fut attirée sur les travaux déjà publiés sur la question et nous avons pu voir que, si l'affection en elle-même est bien connue, si la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement même, en ont été bien étudiés, et sont autant de chapitres sur lesquels la lumière est à peu près faite, on n'en saurait dire autant de la pathogénie.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire une étude d'ensemble des kystes du vagin, dont le chapitre pathogénie serait particulièrement l'objet de notre travail et pourrait faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Sans avoir la prétention d'élucider complètement cette question depuis longtemps controversée, nous espérons cependant que nos conclusions basées surtout sur les examens histologiques, tant des deux pièces que nous avons pu examiner nous-même que de celles qui ont été relatées, résumeront ce que l'état actuel de la science nous permet de penser.

Nous y avons été encouragé par M. le professeur Terrier, qui a droit à nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse, puis par M. Gosset, agrégé, qui a bien voulu nous donner les éléments de ce travail, et nous guider pour mener à bien la tâche que nous nous étions imposée ; nous lui en sommes bien vivement reconnaissant.

Nous n'aurions garde en arrivant au terme de nos études, d'oublier le premier de nos devoirs, celui d'adresser pnbliquement le témoignage de notre profonde reconnaissance à M. le docteur L. Defontaine. Nous l'avons suivi pendant plusieurs années et nous avons eu le bonheur de l'assister. Il a bien voulu non

seulement nous faire participer aux ressources de sa pratique si habile, mais encore nous honorer de son amitié. Nous ne saurions oublier la bienveillance qu'il nous a ainsi prodiguée en toutes circonstances.

Enfin nous garderons le meilleur souvenir de nos années d'externat, passées dans les hôpitaux de Paris, n'y ayant eu que des maîtres pleins de bonté à notre égard.

HISTORIQUE

Nous disions dans l'avant-propos que les kystes du vagin pouvaient être mis au nombre des affections qu'on ne rencontre pas très souvent, sans être absolument une rareté. Le nombre des cas publiés ne dépasse guère deux cents. Nous n'avons pas l'intention de nous étendre bien longuement sur cette bibliographie, cependant importante ; car nous aurons précisément l'occasion de la compléter dans le corps du sujet, en examinant les diverses théories émises par ceux qui ont spécialement étudié la question.

Le premier mémoire, si on peut l'appeler ainsi, qui ait paru sur ce genre de tumeurs, est de Oakly Heming (1), en 1831, qui trouva sur deux cadavres,

(1) *On the follicular origin of some vaginal tumours. Edimb. méd. and surg. Journal*, 1831, t. XXXV, p. 82.

dans le vagin du premier, deux gros kystes de la grosseur d'un œuf, et dans le vagin du deuxième un autre kyste du même volume. Leur contenu était gélatineux, Sur le plus petit de ces kystes, il rencontra un orifice qui le faisait communiquer avec le vagin. C'est en somme une simple trouvaille d'autopsie sans histoire clinique.

Lefranc opéra en 1834 un kyste de la paroi postérieure du vagin.

En 1835, Bérard (1) fait une leçon clinique sur un kyste de la paroi antérieure. La même année Samson (2) rencontra dans la pratique hospitalière un nouveau cas de kyste du vagin dont il fait l'histoire dans la *Gazette Médicale* de Paris du 22 avril 1835 ; la tumeur siègeait en avant à la partie inférieure du vagin. Son volume était celui d'un petit œuf de poule, son contenu gélatineux.

En 1840, Vidal de Cassis (3) publie dans la *Revue chirurgicale* un article où il distingue les kystes développés sur les grandes lèvres de ceux qui ont pris naissance dans le vagin.

(1) *Gazette Médicale* de Paris, 1835. p. 380.
(2) Samson. — *Gazette Médicale* de Paris, 22 avril 1835.
(2) Vidal de Cassis. — *Revue Chirurgicale*, 1840.

En 1842, dans le *Guy's Hospital Reports*, John Lerver montre les obstacles que ces kystes peuvent apporter à l'accouchement.

En 1844, Ladreit de la Charrière a vu Velpeau ponctionner un kyste du vagin dont le contenu était sirupeux.

On peut comprendre tous ces auteurs dans une même période, où on n'a guère fait que mentionner les cas observés; la question anatomo-pathologique y a été à peine ébauchée, et on s'en est en somme peu préoccupé.

Avec le mémoire de Huguier (1), en 1847, on entre dans une phase plus active; il est resté classique pendant plus de vingt années. Il admet deux ordres de follicules dans le vagin, suivant deux couches, l'une profonde, l'autre superficielle; de ces deux ordres de follicules dérivent deux sortes de ksytes.

Kiwisch (2) a retrouvé sur les cadavres de femmes publiques de nombreux kystes du vagin (jusqu'à cinq chez la même femme); il croit que la profession de ces femmes est pour quelque chose dans la production de ces tumeurs.

(1) Huguier. — *Mémoires sur les kystes de la matrice et les kystes folliculaires du vagin.* (Soc. Chir. de Paris), t. I, 1847, p. 41 et suiv.

(2) Kiwisch. — *Klinische Vorträge*, 1852, p. 102.

En 1861, Pauls (1) a vu sortir par une fente du vagin, à la suite d'un accouchement, un gros kyste plein d'un liquide clair et jaunâtre.

Lebert (2) a vu opérer des kystes du vagin qui étaient assez volumineux. L'un d'eux avait 8 centimètres de long sur 5 centimètres de large. Leur contenu était verdâtre, on y trouvait des cellules rondes, des éléments épithéliaux dégénérés, des granulations graisseuses, des cristaux.

Plus récemment, mentionnons seulement, puisque nous parlerons des conclusions de leurs travaux, les noms de Virchow 1863, Guérin (3) 1864, mémoire de Winckel (4) 1871, Preusche 1871 (5), Eustache (6) 1878,

(1) Pauls. — *Preussiche med. zeitung*, 1861, p. 18.

(2) Lebert. — *Abandlungen ans dem gebiete der precklischen chirurgie*, p. 109.

(3) Guérin. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1864 p. 429.

(4) F. Winckel. — *Ueber die Cysten der Scheide, insbesondere eine bei Schwangern vorkommende Colpohyperplasia cystica.* (Archiv. F. Gynœk, 1871, B d II, p. 383.)

(5) Von Preuschen. — *Ueber Cystenbildung in der Vagina. Virchow's Archiv.*, 1877, p. 111.

(6) Eustache. — *Mémoires sur les kystes du vagin.* (Arch. de tocologie, 1878, t. V., p. 191.)

Tillaux et son élève Thalinger 1885 (1), Poupinel (2), Veit, Froment (3), Collardot (4), Robert (5).

(1) Thalinger. — Thèse de Paris, 1885.

(2) Poupinel. — *Bulletin de la Soc. anat.* et *Revue de Chir.*, 1889.

(3) Froment. — *Kystes du vagin*, Thèse de Paris, 1879.

(4) Collardot. — *Kystes du vagin*, Thèse de Paris, 1881.

(5) Robert. — *Kystes du vagin*, Thèse de Paris. 1899.

PATHOGÉNIE

Nous ne nous occuperons ici que de ce qu'on a appelé les gros kystes du vagin. Il existe en effet une lésion chronique, caractérisée par de petites lacunes, dont le volume n'excède pas un grain de millet ou de chénevis. Ces lacunes auxquelles on a donné à tort le nom de kystes, sont très nombreuses et très disséminées dans toute l'étendue du vagin. Il s'agit alors de pachyvaginite ou de pachyvaginite kystique, comme on a dénommé cette affection, dont l'étude doit être accolée à celle des vaginites.

Quant à la lésion représentée par des kystes à paroi bien définie, c'est celle qui nous intéresse seule ; elle est du ressort chirurgical. Ce sont des kystes généralement uniques ou en petit nombre, dont le volume varie d'une noisette à un œuf plus ou moins gros, suivant qu'on est intervenu ou qu'on les a observés plus ou moins tard, à une période plus ou moins avancée de leur évolution.

Il est bien entendu que les kystes vulvaires ne doivent pas être confondus avec eux, non plus que les kystes hydatiques qui peuvent s'y rencontrer comme partout ailleurs.

Des différentes théories, qui ont été faites concernant l'origine des kystes du vagin, la première en date est celle que nous trouvons relatée dans le mémoire d'Huguier ; longtemps elle a été considérée comme la seule vraie, et par conséquent restée classique jusqu'à ces dernières années, vers 1879, époque à laquelle on s'est aperçu qu'elle pêchait absolument par la base, Huguier donnant aux kystes du vagin une origine glandulaire. Broca les avait divisés en kystes progènes c'est-à-dire formés au dépens de cavités préexistantes et kystes néogènes formés de toutes pièces sans cavité antérieure. Huguier, lui, admettait deux sortes de glandes ; les unes à conduit excréteur situées à l'orifice vulvaire, les autres sans conduit excréteur occupant l'épaisseur de la paroi vaginale. L'une et l'autre pouvaient donner naissance à des kystes.

Cette existence des glandes du vagin a été encore affirmée par Huschke, Paul Dubois, Jarjavay, Jamain, Ladreit, Luschka, Heule, Hyrtl, Richet, Von Preuschen, Lebedeff, Hernig. Virchow écrivait : « On trouve parfois des kystes muqueux considérables dans le vagin. Leur situation et leur contenu présentent une analogie si parfaite avec les autres kystes muqueux que je dois les regarder comme ayant vraisemblablement une origine glandulaire. Je les ai vus atteindre l'épaisseur d'une noisette et aussi bien immédiatement au-

dessus de la surface qu'à une certaine profondeur. » Le travail de Von Preuschen auquel sont annexés des dessins reproduisant des préparations microscopiques du vagin est le plus récent. De ce travail, qui porte sur l'examen de 36 muqueuses vaginales, il résulterait que le vagin dans six cas sur 36 possède des glandes de structure analogue aux glandes sébacées de la vulve.

Les premiers, Kiwisch, Kolliker, Frey, Ruge, Sappey Cruveilhier (dernière édition), Giraldès, Robin et Cadiat, Pouchet et Tourneux, C. Lauger, Gallard, Courty ont nié leur existence. M. Sappey a écrit : « Quelques auteurs avancent que la muqueuse vaginale est riche en glandes mucipares. Malgré de longues et attentives recherches il ne m'a pas été donné d'en rencontrer le moindre vestige. » Kölliker parle seulement des glandes des parties génitales externes. Cadiat, Ruge nient également d'une manière formelle l'existence des glandes, Debierre (1) déclare aussi que la muqueuse du vagin ne contient aucun follicule mucipare, aucune espèce de glande. Enfin M. Michaux (2) dit que « l'origine glandulaire des kystes du vagin n'a pas de raison d'être puisqu'il est aujourd'hui bien démontré que le vagin ne possède pas de glandes. »

Cette théorie n'étant plus vraisemblable, étant même impossible, a dû être abandonnée. C'est alors que simultanément les uns en ont fait de véritables tumeurs

(1) Debierre. — *Traité d'anatomie*, Paris, 1890.
(2) Michaux. — *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 1892.

hygromateuses, les autres leur ont attribué une origine embryonnaire.

Avant d'examiner la valeur de lune et de l'autre de ces deux théories auxquelles on s'est rattaché le plus généralement, citons l'idée qu'eut Froment d'en faire des kystes provenant des plis radiés du vagin. Considérant le grand développement que présentent chez quelques muqueuses vaginales les plis radiés des colonnes antérieures et postérieures du vagin, il admettait la formation de cavités closes, les plis interceptant des dépressions pouvant avoir plus de 5 millimètres de profondeur. Cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable et nous ne voyons pas que les objections qu'on lui a faites puissent la faire rejeter *a priori;* on a dit notamment que si elle était exacte elle aurait pour conséquences la constatation de la fréquence des kystes chez les jeunes sujets, puisque les auteurs s'accordent à dire que ces replis vaginaux sont d'autant plus accusés que le sujet est moins avancé en âge. Or nous verrons qu'en somme il n'existe pas de relation bien nette entre ces kystes et les femmes ayant eu des rapports sexuels ou ayant accouché et que l'examen histologique loin de démentir cette théorie la confirmerait plutôt, puisque nous constatons toujours la grande ressemblance qui existe entre la structure de la paroi kystique et celle de la paroi vaginale. En tous cas, elle peut fort bien expliquer la production de certains kystes et ne doit pas être mise de côté.

Mentionnons aussi la théorie de Klebs dans laquelle il attribue ces kystes à une dilatation des lympha-

tiques (1) ; il en fait des vaisseaux lymphatiques dilatés ; mais cette ressemblance n'existe pas et là l'examen histologique dément absolument une telle hypothèse.

Enfin passons très rapidement sur l'idée de J. Monro-Murray qui assimile les collections sanguines dues à un traumatisme aux kystes proprement dits.

Le premier, Eustache (2) eut l'idée de donner aux kystes du vagin, une origine hygromateuse. « Les kystes du vagin, écrivait-il, superficiels ou profonds, sont toujours de nature irritative ; les premiers se développent aux dépens de la tunique épithéliale soit par prolifération hyperplasique de ses éléments soit par soulèvement de ses couches les plus superficielles. Les seconds occupent au contraire la tunique fibreuse et leur cavité se forme aux dépens des aréoles déjà existantes de ce tissu, ou bien par l'usure de certaines de ses cloisons et la formation ultérieure d'une cavité nouvelle dans laquelle s'épanche le liquide kystique. »

Cette opinion a été intégralement adoptée par Thalinger (3). «Il faut accepter, dit M. Tillaux (4) que ces kystes ont une origine conjonctive ; ils appartiennent à la catégorie des hygromas. Comme Eustache

(1) *Handbuch de pathologische anatomie*, 1er volume, 2e partie, p. 965.

(2) Eustache. — *Mémoires sur les kystes du vagin*. Arch. de tocologie, 1878, t. V, p. 191.

(3) Thalinger. — *Des kystes du vagin*, Thèse de Paris, 1885.

(4) Tillaux. — *Des kystes du vagin* (Gazette des Hôpitaux, 4 juin 1885).

avait cru remarquer que les malades rapportent leur affection à un accouchement antérieur, on peut admettre que ces kystes ont pour origine primitive un décollement, un thrombus du vagin assez peu développé pour passer inaperçu. »

Cette hypothèse qui a pu paraître confirmée par les faits, ne l'est pas par l'examen histologique. Nous avons vu que déjà Kiwisch avait cru déduire de ce qu'il avait trouvé des kystes du vagin chez des filles publiques, que leur profession était pour quelque chose dans la production de ces tumeurs. Courty avait adopté cette manière de voir, et dès lors on expliqua en général leur formation par le développement d'une bourse séreuse, développement qui se serait produit à la suite de traumatismes répétés ou accidentels. L'abus des rapports sexuels, les accouchements agiraient par relâchement de la paroi et du tissu conjonctif sous-jacent, condition qui serait favorable à la production d'une collection séreuse dans ses mailles ; de même que ferait un prolapsus utérin ayant tiraillé et diminué la résistance de la paroi vaginale.

En faisant l'étude de la structure de ces kystes, nous verrons combien elle se rapproche de celle de la paroi vaginale et combien elle les différencie absolument des bourses séreuses. Nous verrons notamment qu'on ne trouve pas toujours et partout l'épithélium pavimenteux stratifié, qu'il n'y a en tous cas, ni stratum lucidum, ni éleidine. L'absence complète d'épithélium a pu parfois faire croire à un développement hygromateux, mais cette absence n'a presque jamais été constatée.

Enfin les faits ne nous démontrent nullement qu'on doive rattacher la production de ces kystes à une origine séreuse ; et d'abord, il est bien évident que si des kystes du vagin se formaient de cette façon, on aurait à constater un bien plus grand nombre de cas, les causes de leur développement devenant alors fort nombreuses ; or, nous avons vu que les observations en sont relativement rares. De plus, si on a pu rapporter l'origine de certains kystes à un traumatisme bien déterminé, par exemple un accouchement, il est impossible de le faire dans certains cas où ils ont été observés chez des vierges, des enfants, des nouveaux-nés et même, comme Ruge l'a relaté, chez un fœtus de quatre mois.

Avant d'examiner les faits qui peuvent militer en faveur de l'hypothèse qui donne aux kystes du vagin une origine embryonnaire, nous croyons qu'il n'est pas inutile de rappeler rapidement la structure du vagin et surtout son développement capable de nous expliquer la production de la plupart de ces tumeurs par malformation de l'appareil génital.

La paroi vaginale est formée d'une tunique fibro-musculaire et d'une muqueuse. Dans la première, on trouve de nombreux vaisseaux, et cette grande vascularisation que nous retrouvons dans les parois kystiques a pu faire ranger le vagin au nombre des organes érectiles. La muqueuse, elle, présente une série de saillies, colonnes et replis d'autant moins prononcés, qu'on se rapproche de l'utérus. Les saillies transversales vont en s'amincissant à mesure qu'elles s'éloi-

gnent des colonnes médianes. Au niveau des bords latéraux, on ne les retrouve que sous forme de tubercules séparés par des intervalles irréguliers. Ces replis sont beaucoup plus prononcés chez les nullipares et les vierges ; ils sont plus effacés chez les primipares et davantage encore chez les multipares.

Les découvertes embryologiques modernes ont expliqué le développement des malformations de l'appareil génital de la femme, mais depuis la plus haute antiquité médicale, elles ont été observées et décrites.

Küssmaul (1) eut le mérite d'expliquer le premier que les malformations de cet organe survenaient à la suite d'arrêts d'évolution, aux différentes phases du développement. Aujourd'hui ces malformations sont bien connues, bien expliquées dans leurs grandes lignes et les auteurs ne diffèrent que sur des points de détail.

On sait depuis Remak que les premiers vestiges de ce qui donnera par la suite l'appareil génital sont situés chez l'embryon contre la paroi postérieure de l'abdomen, de chaque côté du mésentère, entre les vertèbres primitives et les lames vertébrales : ce sont deux petits corps piriformes dirigés obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, nommés *corps de Wolff*, formés par une série de canalicules sinueux, à direction transversale, qui se jettent par une de leurs extrémités dans le canal collecteur et excréteur

(1) Küsmoul. — (Von dem Mangel. *der Verkümmerung und der Verdoppelung der Gebermutter*, Wurzburg. 1859).

du rein précurseur, canal qui n'est autre que *le canal de Wolff*. Dans la cinquième semaine de la vie intra-utérine, les corps de Wolff ont achevé leur développement complet On y distingue deux parties : une partie sexuelle et une partie urinaire, dont la destinée sera différente dans les deux sexes. La partie sexuelle persiste seule comme annexe de l'ovaire et forme l'organe de Rosenmüller. Vers les cinquième et sixième semaines, apparaissent deux nouveaux organes, l'organe génital et le conduit de Müller. L'organe génital apparaît au côté interne du corps de Wolff ; il deviendra ultérieurement l'ovaire ou le testicule. A mesure qu'il se développera, le corps de Wolff, lui, diminuera, il finira par s'atrophier. Sur le bord antérieur du corps de Wolff, apparaît en même temps le *conduit de Müller*. Ce dernier dont le développement est encore loin d'être élucidé, est dirigé parallèlement au canal de Wolff et forme avec lui le cordon uro-génital qui se prolonge vers en bas. Sur la ligne médiane, les deux cordons uro-génitaux se fusionnent et constituent un cordon médian nommé le *cordon génital*. Le conduit de Müller est toujours plus superficiel que le canal de Wolff, mais à l'endroit où le cordon uro-génital croise l'extrémité inférieure du corps de Wolff, le conduit de Müller se place en dedans du canal de Wolff, position qu'il conserve par la suite à l'intérieur du cordon génital. Les canaux de Müller donnent naissance chez la femme aux trompes à l'utérus et au vagin. Tandis que chez l'homme le cordon génital se dédouble constamment plus tard, il

n'en est de même chez la femme que dans des cas relativement peu nombreux (on l'observe chez les animaux à utérus et vagin doubles), et dans le plus grand nombre de cas, le cordon génital, au moins dans sa portion la plus inférieure, reste indivis, et les canaux de Müller qu'il contient se confondant sur une hauteur plus ou moins grande, donnent un vagin et un utérus impairs et médians.

Les canaux de Müller sont donc deux tubes contigus dans un même cordon, mais distincts et venant s'ouvrir chacun isolément dans le sinus uro-génital ; puis il y a fusion des deux orifices, et de proche en proche soudure intime des deux tubes accolés et résorption consécutive, toujours de bas en haut de la cloison détruite en quelque sorte à mesure qu'elle se forme. Ce processus s'étend chez la femme à toute la portion des canaux de Müller comprise dans le cordon génital, c'est-à-dire dans la cavité pelvienne.

Or les anomalies chez la femme sont dues à un arrêt de développement c'est-à-dire à la persistance de l'une des phases embryogéniques que plus haut, anomalies se traduisant par un défaut de fusion, des parties qui devaient se souder, c'est-à-dire à un degré plus ou moins prononcé par la persistance de la duplicité embryonnaire de ces organes, (vagin double, etc..).

Chez la femme, le canal de Wolff disparaît entièrement ne laissant que des canaux sans usage, appelés *canaux de Gartner*. Ces canaux n'existent pas normalement chez la femme après la naissance. Beigel les a découverts chez le fœtus de huit à neuf mois. Vus par

Malpighi, décrits par Gartner et par Jacobson, les canaux de Gartner. chez la vache par exemple, sont deux longs conduits ou cordons logés dans l'épaisseur des parois latérales du vagin et de l'utérus, puis longeant dans le ligament large la corne de l'utérus et la trompe, et venant se terminer dans ou près d'un organe de Rosenmüller plus ou moins développé. A leur extrêmité inférieure, ils s'ouvrent par un orifice voisin du méat dans le sinus uro-génital ou vestibule du vagin. Ils présentent souvent des irrégularités, des renflements et des rétrécissements. Viault (1) dit qu'on ne connaît que deux cas dus à Klebs (2) et à Fürst (3) de persistance du canal de Wolff pendant toute la vie chez la femme.

Les canaux de Gartner persistent chez la femme sous forme d'un tube épithélial entouré d'une gaîne musculaire. Ils sont situés dans l'épaisseur de la tunique musculaire du vagin et de l'utérus, sur les côtés de la paroi antérieure et plus souvent à droite qu'à gauche.

Il résulte de cette étude du développement du vagin que des vestiges embryonnaires peuvent provenir d'une part d'un canal de Müller, d'autre part d'un canal de Gartner, et que ces arrêt d'évolution organique peuvent

(1) Viault. — Thèse d'agrégation, 1880, Paris, *le corps de Wolff*.

(2) Klebs. — *Handbuch der pathol. anat.*, p. 744.

(3) Fürst. — *Bildungshemmungen der utéro-vaginal kanals*, 1868, p. 71.

donner naissance aux kystes qui nous occupent si l'examen histologique vient confirmer cette hypothèse. On conçoit aisément qu'une poche plus ou moins grande demeurant pour ainsi dire en marge du processus normal, soit le point de départ d'une cavité kystique qui grandira plus ou moins rapidement, insensiblement ou par évolutions successives, peut-être même sous l'influence de traumatismes tels qu'un accouchement, traumatismes qui ne joueraient pas alors comme on l'a cru, de rôle dans la formation initiale de la tumeur, mais qui mettraient en évidence la cavité primitive par simple suractivité nutritive. De plus, en admettant même que les canaux de Müller et de Gartner aient totalement disparu, c'est-à-dire qu'aucune poche ne serait demeurée aux dépens de leur lumière même, il est bien évident que les parois mêmes de ces tubes, très plissées et remplies de papilles, ont pu dans l'embryon donner naissance à des cavités closes se produisant par invagination de quelques cellules épithéliales. Et c'est pourquoi nous n'avons pas voulu mettre de côté la théorie de Froment d'après laquelle les replis du vagin lui-même seraient parfois la source des kystes qui nous occupent.

Etudions en effet les différents examens histologiques qui ont été faits de parois kystiques ; nous voyons que la structure de ces parois s'avance nettement vers le type muqueuse vaginale. Cette paroi est en général serrée, très épaisse, ayant parfois jusqu'à 4 millimètres. On y trouve une première couche fibromusculaire, formée de tissu conjonctif fibrillaire et où

les vaisseaux artériels et veineux sont très abondants et très volumineux, présentant l'apparence de tissu érectile, ce qui, on le sait, présente une analogie évidente avec la couche musculaire du vagin. La seconde couche est une muqueuse formée d'un derme et d'un épithélium ; cet épithélium est très variable non seulement suivant les kystes examinés, mais dans une même paroi kystique ; enfin la surface interne présente comme celle du vagin de nombreuses anfractuosités des replis, des papilles, des invaginations plus ou moins profondes.

On a trouvé, d'après Poupinel, 13 fois de l'épithélium pavimenteux, 25 fois de l'hépithélium cylindrique, 6 fois des cils vibratils, et 4 fois des épithéliums variables en divers points.

L'examen histologique du kyste de la paroi antérieure dont nous publions l'observation, nous a montré un épithélium qui n'était pas identique en tous les points de la surface ; le plus souvent il était formé par des cellules pavimenteuses stratifiées caractéristiques, la couche profonde de cet épithélium était formée de cellules polyédriques. Les autres couches étaient plus ou moins irrégulières dans leurs formes, les cellules devenant de plus en plus aplaties en approchant de la cavité du kyste sans substance cornée ni éléidine. En d'autres points, l'épithélium était moins épais et représenté par deux ou trois couches de cellules superposées. L'examen de cette paroi présentait cependant une particularité qu'il est bien difficile d'expliquer si on s'en rapporte à ce que nous avons dit

au début de cette étude à propos des glandes du vagin. On vit en effet en plusieurs endroits des invaginations pénétrant plus ou moins profondément dans la sous-muqueuse, invaginations qui furent d'abord considérées comme de purs retraits de la muqueuse selon le type vaginal ; mais on constata que ces tubes parfois simples étaient aussi tantôt bifurqués, tantôt trifurqués à leur extrémité profonde. L'épithélium de ces tubes était un épithélium cylindrique à une seule couche très régulièrement disposée ; le noyau était à la base de la cellule et la partie qui regarde la cavité du tube claire et transparente ; plus de doute quand on vit nettement dans certains culs-de-sac une exsudation muqueuse et quelques goutelettes de mucus sorties de ces cellules ; ce ne pouvait être là que des productions identiques à celles des glandes. Il ne s'agissait certainement pas d'un kyste vulvaire, étant donné le niveau où il se trouvait ; un kyste provenant d'une glande uréthrale et faisant saillie dans le vagin ? Il n'existait cependant aucune communication avec l'urèthre, ni extérieurement, ni intérieurement, et d'autre part l'épaisseur de la paroi, sa structure, sa situation, tout indiquait un kyste provenant d'un canal de Gartner ou plutôt d'une invagination embryonnaire dans la muqueuse de ce canal. La présence de ces sortes de glandes n'est guère explicable, et il y a là un point obscur.

Rien de semblable ne fut constaté dans l'examen du kyste de la paroi postérieure qui fit l'objet de notre observation II. On n'y trouva aucune trace de folli-

cules glandulaires ; la paroi kystique était constituée par du tissu conjonctif adulte, très vasculaire comme toujours, les veines surtout étaient très volumineuses et en très grand nombre ; le tissu conjonctif était à fibres ondulaires. Cette paroi se continuait en dehors avec le tissu cellulo-graisseux de la région, en dedans elle était revêtue d'un épithélium à cellules cubiques sur une seule rangée. En certains points cependant cet épithélium était proliféré et se présentait sur deux ou trois couches irrégulières. Cette tumeur située à la partie postérieure s'était évidemment développée aux dépens d'un vestige du canal de Müller.

Robert (1), étudiant les kystes de la paroi postérieure, a conclu à leur origine mullérienne, mais excluant tous les autres kystes, latéraux et antérieurs. Il est certain que les restes des canaux de Müller donnent le plus souvent naissance à des kystes de la paroi postérieure ; mais la présence des canaux de Gartner dans la paroi vaginale explique de la même façon la formation des kystes antérieurs et latéraux, et peut-être de certains kystes postérieurs. Nous verrons que les kystes des parois latérales sont relativement rares, mais, comme le pensait Kaltemback, cette rareté pourrait bien n'être qu'apparente, beaucoup de kystes latéraux pouvant devenir en se développant soit antérieurs, soit exceptionnellement postérieurs.

On a pu observer des kystes développés dans des canaux de Gartner ayant presque entièrement sub-

(1) Robert. — Thèse de Paris, 1899.

sisté ; nous publions à ce sujet l'observation de Veil qui constata l'existence d'une volumineuse tumeur vaginale se continuant dans le ligament large ; le liquide contenait des cristaux de cholesterine comme on en trouva dans le liquide du kyste de notre observation II. Robert Watt, dont nous donnons *in extenso* l'observation, en ouvrant un kyste de la paroi antérieure, introduisit une sonde qui pénétra à sa grande surprise jusque vers la région ombilicale ; ce kyste se dirigeait en haut et semblait converti en un tube. Kleinwachter découvrit chez une femme de 45 ans une poche analogue et constata qu'il s'agissait d'un petit vagin rudimentaire ; l'utérus était bicorne et ce vagin correspondait à la corne gauche restée rudimentaire ; cette cavité était remplie de pus ; ce fait, quoique se rapprochant des kystes qui nous occupent, peut être plutôt rangé au nombre des pyocolpos. M. L. Desfontaine eût l'occasion d'observer un kyste du vagin en forme de fuseau, c'était aussi selon lui une tumeur embryonnaire typique.

Enfin des observations ont été faites sur des enfants, notamment celle de Breisky concernant une enfant de sept semaines et celle de Bastelberger sur une enfant d'un mois et trois jours. Bastelberger rapporte que cette enfant portait à la vulve une petite tumeur remarquée deux ou trois jours après la naissance ; elle était alors du volume d'un pois ; la membrane hymen s'appliquait sur elle, mais en écartant la tumeur, on voyait qu'elle n'était qu'appliquée et non adhérente. Le pédicule s'implantait sur le vagin, immédiatement en arrière de

l'hymen. L'auteur attribue le développement de ce kyste à une invagination de l'épithélium.

Nous avons vu que les canaux embryonnaires présentaient des irrégularités, des gonflements, des rétrécissements ; c'est ce qui nous explique qu'on observe parfois des kystes multiples, en chapelets, chaque rétrécissement circonscrivant une cavité distincte qui donne plus tard naissance à un kyste distinct. Poupinel a publié un cas de ce genre observé par Max Grœfe ; il existait six kystes l'un derrière l'autre, disposés d'avant en arrière et de droite à gauche, de façon que le dernier était situé dans le cul-de-sac postérieur ; la structure de leur paroi était absolument identique à celle qu'on observe le plus généralement. Il s'agissait là, bien entendu, d'un cas de rétrécissements multiples d'un canal de Müller persistant.

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes du vagin s'observent à tout âge, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, et si on a cru remarquer qu'ils étaient plus fréquents à l'âge adulte, c'est qu'ils passent longtemps inaperçus. D'après Poupinel, ils auraient été observés chez les vierges huit fois, parmi lesquelles cinq enfants, huit fois chez les filles publiques, cent-vingt-cinq fois chez les femmes mariées ou déflorées, ou chez lesquelles l'état de l'hymen n'est pas mentionné.

Leur nombre est très variable, mais notons qu'en général on n'en observe qu'un ; Poupinel a rassemblé 128 cas, 28 fois ils n'étaient pas solitaires.

Leur volume est également très variable ; on en trouve de la grosseur d'une lentille, d'un noyau de cerise, d'une cerise, d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule ; d'autres, mais rarement, sont plus volumineux encore.

Quant à leur situation, les auteurs ne sont pas d'ac-

cord ; cela vient du petit nombre de cas réunis par chacun, ce qui a pu donner des moyennes un peu différentes. Wihnkel a donné la statistique suivante :

	Paroi antérieure	Paroi postérieure
Tiers inférieur. (Entre le tiers inférieur et le moyen).....	10 fois.	5 fois.
Tiers moyen.....	3 fois.	6 fois.
Tiers supérieur.....	4 fois.	2 fois.
	Toute la paroi. 1 fois.	

Paroi latérale.		
Gauche	Droite	Des deux côtés
2 fois.	1 fois.	2 fois.

Poupinel a, de son côté, réuni 126 cas :

Paroi antérieure.....	49 fois
— postérieure.....	53 —
— latérale.....	18 —
— latérale gauche.....	6 —
— latérale droite.....	9 —

On voit que les différences ne sont pas très grandes et on peut dire qu'on observe ces kystes à peu près autant postérieurement qu'antérieurement. L'implantation se ferait bien plus rarement sur les parois latérales et là-dessus les statistiques ne diffèrent pas.

Le contenu de la poche kystique peut être très variable comme couleur et comme consistance. Il peut être transparent, blanchâtre, rougeâtre, chocolat, jau-

nâtre, verdâtre, épais comme du mastic ou liquide comme de l'eau ; le plus généralement, il est visqueux et a une teinte sucre d'orge : il peut contenir du pus ou du sang altéré. Dans un des kystes que nous avons observés, le liquide contenait de nombreux streptocoques et des leucocytes, on y voyait également quelques hématies ; ce kyste avait subi un commencement de suppuration. Dans l'autre, le liquide avait une coloration jaune d'ocre ne donnant aucun dépôt. Il contenait de nombreux cristaux de cholesterine, fait qui avait déjà été observé.

Très souvent les kystes du vagin ont pu être découverts à l'occasion d'une autre affection, soit qu'ils ne préoccupent pas la malade à cause de leur petit volume, soit qu'ils ne la gênent pas ; elle éprouve parfois la sensation d'un corps qui s'échappe à la vulve. La tumeur est souvent prise pour un prolapsus utérin, et le médecin a pu lui-même adopter ce diagnostic, si son examen a été trop superficiel. Il arrive que la malade se plaint quelquefois de gêne dans la marche et d'un peu de pesanteur. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit une tumeur arrondie ou ovalaire, lisse rougeâtre ou violacée par endroits, là où elle s'est amincie et fait corps avec la muqueuse vaginale ; si la malade fait un effort, elle apparaît d'elle-même à la vulve à la condition toutefois qu'elle ait un certain volume et qu'elle ne soit pas implantée du côté des culs-de-sac. En appuyant sur elle, on peut la réduire dans le vagin, mais dans le vagin seulement où elle conserve tout son volume et sa consistance. Elle doit

être nettement fluctuante, sauf dans les petits kystes où la fluctuation peut être peu sensible ou même faire apparemment défaut. Certains kystes sont très tendus, d'autres relâchés ; ils sont dans la plupart des cas élastiques et dépressibles.

Ils peuvent par leur volume gêner l'accomplissement des fonctions sexuelles, mais ne peuvent guère déterminer de troubles dans la miction ou être une gêne pendant l'accouchement. Si le kyste est d'un certain volume, il peut venir faire saillie à la vulve en permanence et déterminer par le frottement un certain degré d'inflammation des parties avoisinantes ou du kyste lui-même qui peut suppurer. Enfin par leur situation, ils peuvent gêner la fécondation s'ils siègent au voisinage du col qu'ils redressent.

DIAGNOSTIC

Le kyste, avons-nous vu, est souvent pris pour un prolapsus utérin, mais, en outre, on pourra croire à une cystocèle, le cathétérisme alors montrera qu'il n'y a pas communication avec la vessie et que la tumeur ne se réduit pas et ne se vide pas ; à une rectocèle, le toucher rectal fera connaître l'intégrité du rectum. Dans l'observation que nous avons publiée du kyste de la paroi postérieure, la tumeur n'était pas complètement pleine, et la pression laissait croire précisément à une certaine réduction et par conséquent à une rectocèle. On peut aussi faire confusion avec une uréthrocèle, des ovaires prolabés kystiques ou non, des trompes enflammées, une entérocèle vaginale. Peut-être ce diagnostic des kystes profonds avec les salpyngites et les ovaires kystiques, est-il le plus difficile ; il nécessite en tous cas un

examen plus attentif et un toucher plus exercé. Le pronostic est naturellement bénin ; il arrive que dans beaucoup de cas ces sortes de tumeurs ont l'inconvénient de préoccuper énormément l'esprit de la femme.

TRAITEMENT

En ce qui concerne le traitement, nous ne mentionnerons que pour mémoire la ponction, l'incision simple et la ponction avec injection iodée, laquelle pouvait avoir de graves inconvénients, des prolongements inattendus de la cavité kystique pouvant se rencontrer. Le seul traitement rationnel, étant donnés les moyens actuels d'asepsie que nous possédons, est l'ablation pure et simple de la tumeur. M. Pozzi a préconisé l'emploi de blanc de baleine qu'il faisait solidifier dans l'intérieur du kyste préalablement vidé, afin d'obtenir plus facilement l'extirpation complète de la poche, il peut arriver que dans certains cas difficiles un tel procédé soit d'un grand secours. S'il arrive qu'en certains

points la paroi soit amincie et fortement adhérente, on peut comme il a été fait dans l'opération relatée à l'observation II, circonscrire un losange de muqueuse comprenant la portion adhérente.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Kyste de la paroi antérieure du vagin (hôp. de la Pitié).

Th., femme L..., 30 ans.

En écartant les grandes lèvres, on voit immédiatement, soulevant le bord des petites lèvres, une petite tumeur du volume d'une noix, ronde, sans plis, sous-jacente au canal de l'urèthre. Au toucher, sur la paroi antérieure, on sent cette tumeur lisse, régulière, commençant en avant à un travers de doigt de l'urèthre et se terminant en arrière à un travers de doigt du col de l'utérus Elle siège exactement sur la ligne médiane. La muqueuse qui la recouvre est mince et même si amincie à sa partie antéro-inférieure qu'on la dirait sur le point de se rompre; elle présente là une coloration violacée.

Au niveau de la base, la muqueuse a conservé ses plis.

En cherchant, on trouve une fluctuation très nette. Comme

au cours d'examens antérieurs, on a remarqué que cette tumeur passait alternativement par des états de tension et de distension, on cherche avec une sonde fine s'il existe une communication avec l'urèthre et l'on n'en trouve pas. Son volume reste constant pendant la miction et elle ne se vide pas par la pression.

Opération. — Le 1er mai, excision du kyste par M. Gosset, aidé de M. Delage, après anesthésie au chloroforme.

Avec le bistouri, on fait à droite et à gauche du point où la tumeur amincie présente la coloration violacée dont plus haut, deux incisions courbes dont les extrémités supérieures et inférieures se rejoignent, circonscrivant ainsi un losange de muqueuse qui reste adhérente au kyste. Puis avec le bec des ciseaux courbes, on dégage dans la profondeur la paroi du kyste de la muqueuse vaginale, qui de chaque côté est tenue écartée à l'aide d'une pince sur le kyste pour assurer une bonne prise sur lui, il se rompt et il s'écoule un liquide brun rougeâtre ayant l'aspect de liquide hématique et de consistance gluante, filant.

On en prend dans une pipette.

Le kyste est enlevé tout entier.

Légère compression de la surface cruentée pour assurer l'hémostase et suture de l'incision viginale par six points au catgut. On place une mèche de gaze dans le vagin.

Suites opératoires simples.

Examen de la pièce.

α *Examen de liquide.* — M. Mignot, chef de laboratoire, a examiné ce liquide qui contenait de nombreux streptocoques et des leucocytes.

β *Examen histologique de la paroi kystique* fait au laboratoire de M. Cornil à l'Ecole pratique.

Ce kyste est formé d'une paroi musculeuse et d'une muqueuse.

La musculeuse est assez épaisse, formée de faisceaux de fibres musculaires lisses, d'inégal volume, selon les points. A ce niveau-là, les vaisseaux artériels et veineux sont très abondants, volumineux, donnant au tissu l'apparence de tissu érectile identique à celui du vagin.

La muqueuse est formée d'un derme et d'un épithélium. Le derme est représenté par du tissu dense sans éléments cellulo-adipeux. L'épithélium de ce kyste n'est pas le même en tous les points de la surface. Le plus souvent il est formé par des cellules pavimenteuses stratifiées, caractéristiques. Cependant, dans ces points l'épithélium ne présente pas le type malpighien. La couche profonde de cet épithélium est formée de cellules polyédriques dont le grand axe est perpendiculaire à la sous-muqueuse.

Les autres couches sont plus ou moins irrégulières dans leur forme et les cellules deviennent de plus en plus aplaties en approchant de la cavité du kyste. Il n'y a pas de substance cornée vraie, ni de stratum lucidum, ni d'éleidine.

En d'autres points l'épithélium est moins épais et représenté par deux ou trois couches de cellules superposées. En certains points même, il ne persiste que la couche la plus profonde, c'est-à-dire de celles des cellules qui sont implantées perpendiculairement à la sous-muqueuse.

Enfin, on voit en plusieurs endroits des invaginations qui pénètrent plus ou moins profondément dans la sous-muqueuse. Ce sont tantôt des tubes simples, tantôt des tubes bifurqués

ou même trifurqués à leur extrémité profonde. L'épithélium de ces tubes est un épithélium cylindrique à une seule couche très régulièrement disposée. Le noyau est à la base de la cellule et la partie qui regarde la cavité du tube est claire et transparente. En un mot ce sont là des productions absolument identiques à celles des glandes. Du reste, dans certains culs-de-sac glandulaires, on voit nettement un exsudat muqueux et quelques gouttelettes de mucus sorties de ces cellules.

OBSERVATION II (Inédite).

Kyste de la cloison recto-vaginale (Ablation par M. Gosset). *Guérison.* — (Hôp. de la Pitié).

Charlotte H..., femme R. ., 45 ans, sage-femme, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 7 mars 1901.

Cette femme a été opérée à l'hôpital Bichat le 12 mars 1898, il y a donc trois ans, d'un fibrôme de l'utérus par M. le professeur Terrier Sa santé toujours bonne avant l'opération est demeurée excellente depuis. Il y a un peu plus d'un mois, elle s'est aperçue d'une grosseur à la vulve, gênant les rapports sexuels, légèrement douloureuse pendant le coït et pendant la défécation.

Examen de la malade. — En écartant les grandes lèvres, on voit une tumeur médiane qui présente l'aspect d'une rectocèle ; l'on pourrait d'autant mieux croire qu'il s'agit d'une affection de ce genre qu'en appuyant sur la tumeur avec le doigt, elle se laisse déprimer et semble se laisser réduire. — L'illusion de cette réduction venait de ce que la poche kystique n'était pas complètement distendue par le liquide.

Le toucher rectal permet de constater l'intégrité du rectum ; il n'y a pas de rectocèle. Par le toucher vaginal, on constate que la tumeur, du volume d'un œuf de poule, non pédiculisée, siège sur la paroi postérieure du vagin, s'étendant depuis la fourchette jusqu'à environ 4 cent. au dessus de ce point et présentant 3 cent. dans sa plus grande largeur. La muqueuse qui

la recouvre régulièrement est saine, lisse et dépourvue de plis. En écartant la paroi antérieure à l'aide d'une valve, on peut constater à la vulve les renseignements fournis par le toucher.

Opération le 14 mars 1901 par M. Gosset aidé de MM. Alglave et Mathieu, anesthésie au chloroforme par M. Boureau. La malade a été la veille purgée et a pris des injections. Nettoyage soigné du vagin. Injection. A l'aide de tampons, on assèche tout le conduit vaginal.

Incision médiane sur toute la hauteur de la tumeur de la muqueuse qui la recouvre. On soulève avec une pince de Kocher chaque lèvre de l'incision et on décolle progressivement la muqueuse pour chercher à énucléer la tumeur sans l'ouvrir. Mais en plaçant sur la paroi une pince, la poche se crève, et par cette ouverture s'écoule environ la valeur d'une cuillerée à bouche d'un liquide jaune doré. Il en reste suffisamment dans la poche pour en prendre avec une pipette afin de la faire examiner au laboratoire. On achève de décoller, soit à petits coups de ciseaux, soit avec le bec de ces mêmes ciseaux courbes, la poche que l'on extirpe tout entière sans la morceler. On tamponne pendant quelques instants les tissus qui avoisinaient la tumeur. Il n'y a pas d'hémorrhagie et l'on suture les deux lèvres de l'incision faite à la paroi du vagin, avec trois points de crins de Florence. Tamponnement peu serré du vagin ; un bandage en T contient quelques compresses de gaze sur la vulve. Durée de l'opération : dix minutes.

La pièce est portée au laboratoire, et le liquide confié à M. Bayard, interne en pharmacie du service, pour en pratiquer l'analyse chimique.

On enlève les fils au 8e jour ; la malade sort guérie 15 jours

après. Le vagin est souple, la cicatrice non douloureuse à la pression.

α *Examen du liquide.* — Le liquide a une coloration jaune d'ocre, ne donne aucun dépôt quand on le laisse reposer. Il contient de nombreux cristaux de cholesterine, facilement visibles. C'est tout ce qu'on y trouve d'intéressant à signaler.

β. *Examen de la pièce.* — Cet examen a été fait par M Mignot, chef de laboratoire à l'hôpital de la Pitié.

La paroi kystique est très mince, de un millimètre d'épaisseur environ, constituée par du tissu conjonctif adulte, très vasculaire, ce qui n'est pas surprenant, la tissu du vagin ayant pu être classé dans les organes érectiles à cause de sa grande vascularisation. Ce tissu conjonctif est à fibres ondulaires. Cette paroi kystique se continue en dehors avec le tissu cellulo-graisseux de la région ; en dedans elle est revêtue d'un épithélium à cellules cubiques sur une seule rangée. En certains points cependant cet épithélium est proliféré et se présente sur deux ou trois couches irrégulières. La paroi est en quelques endroits légèrement infiltrée de leucocytes, ce qui semble prouver, ainsi que la prolifération épithéliale, que ce kyste avait subi un commencement d'inflammation.

Les parois des vaisseaux sont minces et semblent normales. Les veines surtout sont volumineuses et en très grand nombre. Il n'y aucune trace dans cette paroi de follicules glandulaires. Nulle part on ne trouve de fibres musculaires.

OBSERVATION III

Kyste de la paroi recto-vaginale (pub. in Robert, 1899).

La nommée Irma C..., âgée de 19 ans, journalière, entrée le 10 octobre 1879, salle Sainte-Catherine, n° 13. Cette jeune fille, accouchée il y a trois mois, a senti au début de sa grossesse se développer dans le vagin une petite tumeur. Cette tumeur a toujours augmenté de volume et elle a atteint son maximum au moment de l'accouchement qu'elle n'a du reste gêné en aucune façon.

En examinant la malade, on constate entre les grandes lèvres une tumeur ayant à peu près le volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur que la malade peut réduire elle-même ne fait issue que sous l'influence de la station debout, ou des efforts de toux ou de défécation. En pratiquant le toucher vaginal, on remarque que la tumeur est formée aux dépens de la paroi postérieure du vagin, qu'elle s'étend un peu à droite et que son grand diamètre est dirigé suivant l'axe du corps ; la vessie est intacte. En pratiquant le toucher rectal, il est facile de voir que le rectum est normal et qu'il ne présente ni anfractuosité ni diverticule ; du reste si l'on fait tousser la malade, on n'éprouve au niveau de la tumeur aucune impulsion herniaire, la percussion dénote une matité complète, on perçoit très nettement de la fluctuation. La tumeur est tout à fait indolore et n'est qu'une gêne pour la malade.

En combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on

sent, à environ 7 à 8 centimètres de chaque orifice un cordon dur, se terminant dans le cul de sac postérieur du vagin : ce cordon constitue le pédicule du kyste.

Une ponction aspiratrice est faite avec l'aiguille de Pravaz, on retire 5 à 6 grammes d'un liquide dont voici l'analyse faite par M. Lajoux, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.

« Liquide incolore, non visqueux, transparent au moment de la ponction, se troublant au bout de quelques heures en prenant un aspect opalescent dû à la présence de la fibrine. La réaction d'abord neutre devient alcaline. Beaucoup d'albumine, de globules blancs, quelques cellules épithéliales. »

Huit jours plus tard, le liquide s'est reproduit. Une ponction exploratrice faite avec le trocart capillaire donna issue à 00 grammes du liquide suivant :

« Liquide opalescent au moment de la ponction. Au bout de quelques heures, un dépôt d'une matière jaunâtre, filante, se prenant en masse, que le microscope démontre être du pus. Quant au reste, on retrouve les mêmes éléments que plus haut. »

Le 1er décembre, la malade, endormie sur sa demande, est opérée. Une boutonnière est faite à la muqueuse vaginale, le kyste est facilement ennucléé avec le doigt, on jette une ligature sur le pédicule qui est coupé entre la tumeur et la ligature.

Il n'y a qu'une petite hémorrhagie en nappe que l'eau alcoolisée arrête facilement. Les lèvres de la plaie sont rapprochées par des sutures. Dans l'après-midi, une hémorrhagie assez abondante se déclare. On fait une injection vaginale d'eau alcoolisée au quart, l'hémorrhagie s'arrête par ce moyen. Consécutivement la malade n'a pas de fièvre et quitte l'hôpital quinze jours après l'opération.

M. Décès croit que les kystes de la paroi recto-vaginale sont très rares.

M. Beltz a observé dernièrement dans sa clientèle, un cas qui se rapproche beaucoup de celui qu'on vient de signaler. Toutefois la tumeur qui existe chez sa malade est en partie réductible et est reliée par un pédicule de la grosseur du petit doigt, ayant son point d'implantation dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Le diagnostic de cette tumeur est pour lui entouré de difficultés. Il se pose ces deux questions : est-ce un kyste développé aux dépens des glandes de la muqueuse vaginale, ou bien est-ce le vestige d'un vieux sac herniaire déshabité ?

OBSERVATION IV

Max Graefe, Zeitschrift Geburtshülfe und Gynaekologie, B. D. VIII, 1882, p. 460, cas III (In Poupinel).

Femme, 41 ans, plusieurs fausses couches, cinq accouchements à terme, croit être atteinte de prolapsus. Il existe six kystes situés l'un derrière l'autre ; l'inférieur fait saillie à la vulve et donne l'illusion du prolapsus. Ils sont disposés d'avant en arrière et de droite à gauche, de façon que le dernier est situé dans le cul de sac postérieur. Leur contenu est variable, de séreux à pâteux, de clair à brun. La paroi est épaisse de plusieurs millimètres et contient dans les parties profondes des portions musculaires élargies longitudinales et transversales ; les faisceaux musculaires sont très longs et larges. La surface interne des kystes est papillaire, recouverte partout d'une seule couche d'épithélium cylindrique ; les papilles sont presque verticales par rapport à la surface.

La disposition en spirale de ces six kystes, l'épaisseur de leur paroi, l'existense des fibres musculaires fait considérer par Max Grœfe ce cas comme un cas de retrécissements multiples d'un canal de Müller persistant.

Le nombre, le petit volume des kystes lui paraissent seuls pouvoir plaider pour l'origine glandulaire, qu'il écarte d'ailleurs de ses conclusions. Nous avons donné cette observation parce qu'elle est rattachée par son auteur à la persistance d'un canal de Müller, mais elle diffère beaucoup des cas que nous avons observés par la multiplicité des cavités kystiques, tout en ayant la même origine.

OBSERVATION V

Werner Kümmel. (In Poupinel.)

Kyste extirpé par Scheffer ; sac arrondi de 15 à 20 millimètres de diamètre. il n'est plus recouvert de la muqueuse vaginale qui passait en avant de lui ; paroi dense, épaisse en certains points de plus de 4 millimètres. Le contenu n'a pu être examiné ; paroi dense contenant des faisceaux de fibres musculaires lisses, surface interne papillaire partout tapissée d'épithélium pavimenteux stratifié.

Werner Kümmel admet qu'il s'agit d'un kyste du canal de Müller à cause de la paroi épaisse et de la structure bien avancée vers le type muqueuse vaginale.

OBSERVATION VI (résumée).

Kyste de la paroi postérieure. (Kleinwachter) (In Santoni.)

Une femme de 45 ans, qui avait eu sept accouchements antérieurs, remarqua dès sa première grossesse une tumeur qui atteignit bientôt le volume du poing. Il se forma à la fin une petite ouverture par où s'écoula un peu de pus.

On étudia le kyste purulent et on découvrit par l'analyse histologique qu'il s'agissait d'un petit vagin rudimentaire.

L'utérus était bicorne, ce vagin correspondait à la corne gauche, restée rudimentaire.

Au bout de 7 à 8 jours, les fils peuvent être enlevés, la réunion est parfaite et la guérison définitive.

(L'observation complète se trouve dans le Gerstchrift für gebure kende und gynœcologie, vol. II.)

OBSERVATION VII

Kyste de la paroi postérieure. (In Robert.)

La nommée Louise A..., fleuriste, âgée de 35 ans, se présente à la consultation de M. le docteur Potherat, à l'hôpital Tenon.

Elle dit être atteinte d'une chute de l'utérus en prolapsus complet. Cette chute aurait débuté depuis six ans et n'aurait fait que s'accentuer depuis lors jusqu'à devenir par sa persistance une gêne très réelle. Chose curieuse et qui de suite met en doute le chirurgien sur la possibilité d'un prolapsus utérin, la malade n'a jamais eu d'enfants; elle est en outre, grande, forte, vigoureuse et bien constituée.

La miction, la défécation s'exécutent normalement ; les relations sexuelles ont cessé. A l'examen, on aperçoit aisément sortant par l'orifice vulvaire, une tumeur du volume d'une orange régulièrement arrondie, lisse à sa surface, de couleur blanc rosé. La tumeur est peu tendue, manifestement fluctuante. Très aisément, par le toucher rectal, et le toucher vaginal, on se rend compte qu'elle est indépendante de la paroi vésico-vaginale ou de la paroi recto-vaginale, le doigt en fait facilement le tour, mais si le toucher s'engage plus profondément, il constate que la tumeur s'enfonce dans le vagin, se pédiculise légèrement pour s'en aller s'insérer sur la paroi postérieure du vagin au niveau du cul-de sac postérieur, et jusqu'auprès du col utérin. Celui-ci, en avant, occupe une

situation normale, il est petit, conique avec un orifice arrondi.

Le diagnostic de kyste du vagin est porté et l'opération décidée. Elle est pratiquée par M. Potherat, avec anesthésie générale. La malade fut mise dans la position obstétricale et l'on procéda au nettoyage du vagin. Celui-ci fut aseptié dans la mesure du possible et les précautions antiseptiques de rigueur prises par le chirurgien et ses aides.

Une valve métallique fut placée de manière à maintenir la paroi vésico-vaginale et à éclairer la région à opérer. La tumeur refoulée par un doigt situé dans le rectum, une incision fut pratiquée à sa face antérieure, suivant son grand axe, mais sans entamer la paroi propre du kyste, deux pinces de Kocher maintenant écartées les lèvres de la plaie. A l'aide du doigt et d'un instrument mousse, la poche fut décollée en grande partie et l'énucléation se termina assez rapidement et d'une façon très sûre grâce à la précaution suivante. Le kyste en effet, ayant été vidé, l'on put sans aucun danger passer derrière en le rasant très près jusqu'au pédicule.

Le liquide contenu dans le kyste était clair, muqueux, ressemblant à de la gelée de pomme assez fluide. La poche mise dans l'alcool est remise à M. Latteux pour être soumise à l'examen histologique.

Au cours de l'opération, on vit nettement les fibres du releveur de l'annus encercler le pédicule de la tumeur près de son insertion. Celle-ci réduite à sa plus stricte limite, fut embrassée par une ligature au catgut pour assurer l'hémostase L'excision fut faite en avant, puis les deux lèvres de l'incision vaginale furent réunies par des points de stuture. Pansement à la gaze iodoformée, tampons dans le vagin. Au bout de dix jours, la guérison était complète.

OBSERVATION VIII

(*In Santoni*).

Madame T..., entrée en juin 1886, pour une violente métrite, hôpital Pascal, service de M. Pozzi. En outre des différentes complications morbides que présente cette malade, il y a à gauche un petit kyste de la grosseur d'une noix, qui n'est point douloureux, et dont M. Pozzi fait l'énucléation quelques jours après. M. Henneguy en fait l'examen histologique : les parois du kyste sont très épaisses, et outre les fibres lamineuses il existe aussi quelques fibres musculaires lisses, l'épithélium est cylindrique, mais les cellules qui le constituent n'ont pas de cils vibratils.

M. Pozzi penchait lorsqu'il l'opéra pour une origine embryonnaire.

OBSERVATION IX

(de Kleinwachter)

C..., 20 ans, primipare, arrivée au 9e mois, elle présente à gauche une tumeur vaginale de la grosseur d'une noix, non pédiculée, rapprochée de l'orifice vaginal, blanc, rond, uni, et donnant la consistance d'un fibrôme ; je l'ôte comme tel 3 semaines après la naissance ; guérison par première intention Le contenu était épais, laiteux et renfermait de la graisse et des cellules épithéliales. Paroi d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres ; vers sa structure d'abord épithélium vaginal, puis tissu fibreux contenant des fibres musculaires, la paroi interne est unie et recouverte d'un épithélium cylindrique qui, nulle part, ne montre d'orifices glandulaires.

OBSERVATION X

Gros kyste sous muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin. (Ablation par M. Richelot, à l'hôpital Tenon.) (*Union médicale*, 1888.)

Jeanne C..., 36 ans, opérée le 9 mars 1888.

L'examen histologique par M. Buscarlet, interne du service, permet de constater que la paroi du kyste présente deux couches :

1° La plus considérable, externe, est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux, par des fibres élastiques et par quelques fibres musculaires lisses ;

2° La couche interne est formée par un épithélium cylindrique, à cellules allongées, étroites, présentant un noyau à leur base, sans plateau à leur extrémité libre. Quelques cellules de remplacement se rencontrent dans cette couche qui présente de distance en distance des dépressions anfractueuses.

M. Buscarlet ajoute les réflexions suivantes, à propos de cette observation :

La nature de ces épithéliums permet-elle de donner l'explication suffisante de la nature et du développement du kyste, sujet sur lequel les auteurs ont émis des opinions bien différentes. M. Verneuil admet que les kystes profonds du vagin ont une formation analogue à celle des bourses séreuses accidentelles. Mais s'il en était ainsi, ne trouverait-on pas toujours l'épithélium pavimenteux sur la paroi du kyste ? Pour d'autres

auteurs, et Virchow est de ceux-là, ces kystes auraient une origine glandulaire, opinion inadmissible, puisque la muqueuse vaginale ne présente point de glandes dans sa structure. Winckel rapporte leur origine à des collections sanguines, à des hématomes développés dans la paroi vaginale et devenus kystiques. Ni le contenu, ni la structure de la paroi des kystes du vagin ne donnent raison à cette théorie

Nous trouvons enfin une opinion, la plus vraisemblable, qui admet que les kystes profonds du vagin se développent aux dépens des canaux de Gartner, restes du canal de Wolff, qui peuvent, dans quelques circonstances, persister jusqu'à l'âge adulte de la femme. L'extérieur de cet épithélium cylindrique donne une grande valeur à cette opinion. On pourrait encore admettre que ces kystes out un développement analogue à celui des kystes de l'ovaire, c'est-à-dire qu'ils se produisent par invagination de quelques cellules épithéliales dans les parois mêmes des tubes de Gartner. De là, dans certains cas, une tendance à la multilocularité que nous avons vue très nettement rapportée dans l'observation de Kaltenbach.

OBSERVATION XI

Kyste congénital du vagin. (Observé par Bastelberger.)

Maret Eulalie, âgée d'un mois et trois jours.

Cette enfant porte à la vulve une petite tumeur qui fut remarquée deux ou trois jours après la naissance. C'était un petit corps blanc apparaissant entre les grandes lèvres, lorsqu'on les séparait pour nettoyer l'enfant ; il avait alors le volume d'un pois. Depuis, la tumeur va en grossissant et c'est pour cela qu'on nous la présente. Elle offre actuellement le volume d'une petite prunelle et se montre à la vulve quand on écarte les grandes lèvres : elle apparaît alors avec l'aspect d'une grosse perle dont elle a l'éclat et la translucidité Elle est tendue et jouit d'une certaine mobilité. Sur le pourtour de la petite sphère se trouve la membrane hymen qui s'applique sur elle et la recouvre sur une surface de 1 millimètre en moyenne. Avec un stylet, on isole parfaitement cette membrane en bas et latéralement et on reconnaît que l'hymen est seulement appliqué sur elle ; de plus, on suit bien le conduit vaginal de ce côté. En haut, l'hymen s'applique aussi sur la tumeur ; mais en la soulevant avec le stylet, on reconnaît que cette membrane se continue avec elle au niveau de son implantation ; les vaisseaux venant de l'hymen se continuent sur la partie supérieure de la tumeur où ils forment un fin réseau. En outre, la petite tumeur s'implante en ce point sur le vagin,

immédiatement en arrière de l'hymen. L'implantation a 2 ou 3 millimètres environ.

Extirpation. — On introduit dans l'urèthre une petite sonde, et, après avoir saisi la tumeur avec un ténaculum, on l'attire au dehors. Puis on l'excise en veillant à ne pas blesser l'urèthre. Le liquide s'écoule alors : il est muqueux, légère cautérisation au nitrate d'argent sur la surface du pédicule. Guérison prompte sans accidents.

OBSERVATION XII

(Cas de Veit).

Femme de 47 ans, plusieurs accouchements normaux. A la suite d'un de ces accouchements, mais mortel, sans qu'il y ait de relation étiologique, prolapsus de la matrice. Les troubles morbides étaient ceux que l'on observe d'habitude dans cette affection sauf que le prolapsus est presque irréductible et que la vessie ne se vide pas après réduction.

L'examen physique fait remarquer un prolapsus du volume d'une tête d'enfant, présentant les changements bien connus dans l'épiderme du vagin (cubiculisation). Ceux-ci n'existaient que dans la partie droite du vagin, l'urèthre était totalement dévié et son écartement du ligament était notablement augmenté. Au niveau de la partie précédente, on ne remarque aucune ouverture semblable à l'orifice externe du col, mais une fente à gauche par où on peut pénétrer dans le vagin comprimé, culs-de-sac normaux, antéflexion de la matrice; pas moyen sans anesthésie de se rendre compte de l'état des annexes. La matrice était poussée à gauche par la tumeur siégeant au côté droit du vagin; pas de rectocèle; l'examen attentif démontrait l'existence d'une tumeur volumineuse dans le ligament large au dessus de la tumeur; ovaires percertibles à la palpation. A gauche, pas d'anomalie dans les annexes, le diagnostic ne pouvait pas être douteux, il s'agissait d'un prolapsus habituel du vagin. L'examen démontrait que la tumeur

sentie dans le ligament large se continuait avec la tumeur vaginale ; les signes fournis par l'exploration (cathéter, etc.), montraient bien qu'il ne s'agissait pas d'un diverticule de la vessie.

Je crus devoir exciser le kyste et réunir le reste aux parois vaginales, je vidai son contenu et je réunis les parois réséquées autant que possible aux parois du vagin ; le contenu était semblable à celui des kystes dermoïdes, mais il n'y avait ni poils ni dents; sa couleur trouble, jaunâtre, était semblable aussi à la présence de choléastéarine en cristaux, détritus graisseux, granulations, épithélium de revêtement stratifié. Veit pense qu'il pourrait bien s'agir d'un kyste développé au dessus du canal de Wolff, puisqu'il se prolongeait dans le ligament large.

OBSERVATION XIII (traduite *in extenso*, de Robert Watt).

Kyste de la paroi antérieure du vagin.

La malade est une femme de 47 ans, mariée depuis 24 ans et mère de huit enfants; elle a toujours joui d'une bonne santé. Il y a trois ans, elle s'aperçut que quelque chose d'anormal faisait saillie à la vulve; son attention fut attirée par une certaine difficulté pendant la miction et la nécessité de faire des efforts considérables pour vider la vessie. La tuméfaction n'était pas douloureuse; on pouvait la réduire dans le vagin. Elle produisait seulement une certaine gêne pendant la marche ou quand la malade était assise. Quelques semaines auparavant elle a éprouvé une violente douleur dans la partie inférieure du ventre, douleur suivie de fièvre, fut obligée de garder le lit pendant plusieurs jours.

En examinant la paroi antérieure du vagin, on vit qu'elle faisait saillie vers la vulve et présentait l'apparence d'une cystocèle. A la palpation, on vit que le gonflement était élastique et fluctuant, du volume d'un œuf de poule, un peu aplati dans le sens antéro postérieur et plus large au niveau de sa portion fixe. On pouvait le réduire dans le vagin, mais il ressortait au moindre effort. A l'aide d'une sonde introduite dans la vessie, on ne put découvrir aucune communication entre elle et le kyste; une ponction faite à l'aide d'une seringue hypodermique, démontra qu'il contenait un liquide séro-purulent.

Il était situé sur la paroi antérieure du vagin, au niveau de

la ligne médiane ; on ne pouvait le vider de son contenu par la pression.

La malade ayant été mise dans une position recommandée par Sims, on vida le kyste à l'aide d'une ponction faite avec une aiguille hypodermique. Il contenait environ deux verres de liquide ; on le distendit avec de l'eau pour qu'il pût être enlevé plus facilement. Une incision fut faite sur la paroi vaginale, considérablement épaissie, au dessous du kyste que l'on enucléa avec une certaine difficulté, parce qu'il était solidement inclus dans les tissus du voisinage. Après avoir libéré sa portion inférieure, afin de déterminer le point précis où se trouvait son extrémité supérieure, on fit une ouverture à l'extrémité inférieure dans laquelle on introduisit une sonde ; à ma grande surprise, cette sonde pénétra de plusieurs pouces sans rencontrer la moindre résistance, cette sonde passa dans le côté gauche de l'abdomen, on pouvait sentir son extrémité au niveau de l'ombilic entre la cicatrice et l'épine iliaque antéro-supérieure, juste au dessous des parois abdominales. En examinant avec soin le kyste, on trouvait qu'il se dirige en haut et semble converti en un tube ; comme il communiquait selon toute évidence avec la cavité péritonéale, je plaçai une forte ligature autour de son pédicule et je sectionnai la portion inférieure énuclée. On explora alors soigneusement la vessie, mais on ne put découvrir nulle part de communication avec le kyste ; elle contenait une petite quantité d'urine sanguinolente qui fut retirée par le cathéter. Le point où fut enlevé le kyste correspondait juste à l'endroit où la muqueuse vaginale se réfléchit de la vessie sur le col ; l'extrémité inférieure du kyste était à un demi-pouce en arrière du méat urinaire. Il y avait issue d'une quantité considérable de sang du siège du kyste,

on fit des injections avec une solution chaude iodée et on tamponna avec un tampon d'ouate saupoudré d'alun ; peu de temps après l'opération, il y eut une hémorrhagie violente par la partie supérieure de la cavité, mais on ne put découvrir aucun vaisseau, l'hémorrhagie fut arrêtée par le tampon. L'urine renferma du sang pendant deux jours, mais depuis lors, elle fut parfaitement claire. La malade ne présente aucun symptôme défavorable ; elle s'est complètement rétablie. La cavité produite par l'ablation du kyste se contracte graduellement et ne donne pas lieu à d'autres inconvénients qu'à un écoulement modéré.

On examine au microscope la paroi du kyste et son contenu voici les résultats de l'examen.

La poche consiste en un long sac étroit, long de 7 cent., large de 3 cent. Les parois sont en contact, les bords sont presque parallèles, unis par une courbe du fond à l'extrêmité supérieure ; correspondant au point ou le spécimen a été coupé on trouve un collet très court situé vers un des angles latéraux, tandis qu'un des bords du col est une continuation directe du bord du corps, l'autre gagne le sac en suivant une courbe à petit rayon. La paroi présente une épaisseur de 3 mill.; le col a 8 mill. d'un côté à l'autre ; l'ouverture mesure 5 mill., les parois sont en contact.

La surface externe du sac est rugueuse, mais de niveau ; la surface interne est lisse et brillante, de coloration jaune rougeâtre et présente une douzaine de diverticules.

Les plus petits sont arrondis, du volume d'un grain de chènevis. La cavité, le corps, les diverticules, le col sont pourvus d'un épithélium pavimenteux stratifié. Une partie du corps est traitée avec le liquide de Müller, l'alcool absolu et coupée

transversalement. L'épithélium a été enlevé ; le reste de la paroi est composé de trois couches : La couche externe est épaisse et composée de tissu fibreux, à fibres circulaires, et des prolongements pénètrent entre les fibres musculaires de la couche moyenne ; cette couche moyenne est de beaucoup la plus épaisse, elle est formée de fibres musculaires lisses et peut être divisée en trois zones d'après la direction des fibres. En outre, on trouve une zone longitudinale, de larges faisceaux qui sont directement coupés dans une coupe transverse ; puis une autre zone de faisceaux circulaires. Dans ces deux zones ces faisceaux sont épais et reliés étroitement ensemble. En outre, on trouve de petits faisceaux séparés par beaucoup de tissu connectif et suivant des directions différentes, mais la plupart longitudinaux. On trouve des artères dans la coupe externe de tissu connectif et dans la couche musculaire moyenne.

On rencontre encore une couche relativement mince de tissu conjonctif avec de petites cellules rondes. Cette couche renferme de nombreux capillaires, et par places on trouve des globules rouges extravasés.

Le liquide contenu dans le sac est d'un jaune verdâtre, séro-purulent, non visqueux, de forte réaction alcaline, d'odeur éthérée. La quantité obtenue était trop faible pour qu'on pût en trouver la densité. Il ne se coagule pas spontanément, mais quand on le fait bouillir avec un peu d'acide acétique. Le précipité était à peine changé en faisant bouillir avec un excès du même acide ; sous le champ du microscope, on trouve une quantité considérable de cellules où débris de cellules. Quelques-unes étaient globulaires, avaient de 8 à 13 millimètres de

diamètre et un seul noyau. Les autres étaient des noyaux libres avec des granulations brillantes ou sombres. L'acide acétique ne révéla la présence d'aucune cellule multinucléaire.

CONCLUSIONS

Nous avons vu dans le cours de cette étude des kystes du vagin que, dès qu'on commença à se préoccuper de la pathogénie de ces kystes, plusieurs hypothèses ont été proposées dont l'une a été longtemps admise comme la seule exacte, à savoir leur origine glandulaire. Nous avons vu pour quelles raisons il a fallu reconnaître l'impossibilité d'une telle façon de penser. Une autre théorie vint la remplacer, laquelle eut à son tour des défenseurs nombreux, et à son tour devint classique, expression qui n'a, en science rien d'absolu ni de définitif. Cette hypothèse donne aux kystes en question une origine hygromateuse.

Les diverses observations que nous avons pu recueillir, celles que nous publions à la fin de ce travail nous ont amené à penser que cette origine hygromateuse n'avait rien de vraisemblable; l'examen histologique fait dans de nombreux cas, ceux que nous avons pu faire nous-mêmes, nous ont démontré de façon absolue

qu'il ne se forme pas de bourses séreuses donnant naissance à des kystes du vagin. De plus, les statistiques sur lesquelles semblent surtout s'être appuyés les partisans de cette hypothèse, ne nous montrent nullement que ces kystes se rencontrent particulièrement chez les femmes ayant accouché ou chez les prostituées ; nous avons vu des exemples de kystes du vagin chez des vierges et des enfants.

Nous pensons donc pouvoir conclure formellement à une origine embryonnaire, qu'elle ait pour point de départ un reste des canaux de Muller s'il s'agit de la paroi postérieure du vagin ou un vestige des canaux de Gartner s'il s'agit de la paroi antérieure et des parois latérales. Si la poche kystique n'est pas formée des canaux ou d'un reste des canaux de Müller ou de Gartner, elle s'est développée dans l'intérieur de ces canaux par pincement de deux plis de la muqueuse ayant formé cavité close ou par invagination de cellules épithéliales ; l'origine embryonnaire n'en existe pas moins.

Le traitement de choix consiste à faire l'extirpation complète de la tumeur.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président,
TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

Paris.— L. Boyer, Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine